

<b>OP-Anmeldung</b> <b>Vista Klink Binningen</b>  <b>Fax-Anmeldung bitte an:</b> <b>061 426 60 07 über</b> <b>OP Dispo Binningen</b>	Name, Vorname _____
	Geburtsdatum _____
	Tel. Nr. _____
	Krankenkasse _____
	Versicherungsnummer _____

**Operateur:**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. E. Haefliger  | <input type="checkbox"/> Dr. E. Haefliger | <input type="checkbox"/> Dr. A. Koestinger | <input type="checkbox"/> Dr. C. Schäfer   |
| <input type="checkbox"/> Dr. T. Signer     | <input type="checkbox"/> Dr. K. Hatz      | <input type="checkbox"/> Dr. A. Lange      | <input type="checkbox"/> Dr. F. Weisskopf |
| <input type="checkbox"/> Dr. A. Koestinger | <input type="checkbox"/> Dr. I. Jürgens   | <input type="checkbox"/> Dr. T. Signer     | <input type="checkbox"/> Dr. Th. Müller   |
| <input type="checkbox"/> Dr. R. Katamay    |   |  |   |

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Zusatzdiagnosen:** \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Geplante Operation:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Katarakt-Operation         | <input type="checkbox"/> Femtolaser        | <input type="checkbox"/> Lid-Tumor Exzision |
| <input type="checkbox"/> Sekundärimplantation       |  | <input type="checkbox"/> Entropium          |
| <input type="checkbox"/> IOL-Austausch              |  | <input type="checkbox"/> Ektropium          |
| <input type="checkbox"/> PPV                        | <input type="checkbox"/> Cerclage / Plombe | <input type="checkbox"/> Pingueculum        |
| <input type="checkbox"/> TE mit Mito                |  | <input type="checkbox"/> Pterygium          |
| <input type="checkbox"/> Hornhaut - Transplantation |  |   |
| <input type="checkbox"/> Schieloperationen          |  |   |
| <input type="checkbox"/> _____                      |  |   |

**OP-Seite:**  rechts  links  beidseitig

**Dringlichkeit:**  Notfall  
 Dringend, innerhalb \_\_\_\_\_  
 Wunschdatum \_\_\_\_\_

Datum/Stempel/Unterschrift

---